MAI 25 1905

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik Kiel.

Ein Fall von progressiver Paralyse mit eigentümlichen Erscheinungen von Seelenblindheit.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Conrad Rost,

approb. Arzt aus Schüttorf.

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0132

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik Kiel.

Ein Fall von progressiver Paralyse mit eigentümlichen Erscheinungen von Seelenblindheit.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Conrad Rost,

approb. Arzt aus Schüttorf.

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

No. 115.

Rektoratsjahr 1903/1904.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Weil die progressive Paralyse eine sehr häufig vorkommende Geisteskrankheit ist, so ist es auch sehr leicht erklärlich, daß die Symptome sowie der Verlauf der Erkrankung sehr verschiedenartig sein können. Bei allen Fällen lassen sich mehr oder weniger specifische, für den betreffenden Einzelfall typische Erscheinungen feststellen. Zu denjenigen Erscheinungen, die bei der progressiven Paralyse ungemein häufig vorkommen, gehören z. B. die paralytischen Anfälle, die für sich bei den verschiedenen Kranken sich wieder sehr mannigfach ausnehmen können. Ich habe es mir nun zur Aufgabe gemacht, über einen Fall von progressiver Paralyse zu berichten, der sich außer durch die sehr verschieden gearteten paralytischen Anfälle vor Allem durch eigentümliche Erscheinungen von Seelenblindheit auszeichnet, über die bisher bei Paralytikern noch wenig berichtet ist. Für die Anregung zu dieser Arbeit, für die bereitwillige Überlassung der in Frage kommenden Krankengeschichten, sowie für das besondere Interesse an derselben erlaube ich mir, an dieser Stelle Herrn Professor Siemerling meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Es handelt sich in unserem Falle um einen 39jährigen Maurer. Derselbe erlitt bei seiner Beschäftigung im Juli 1900 einen Unfall. Nach seiner, sowie nach Aussage von Augenzeugen, war er damals im Begriff, mit Steinen im Arme eine von der Erde zum Hochparterre führende Leiter zu besteigen. Er fiel hierbei hintenüber die Leiter hinab und schlug mit dem Hinterkopfe gegen eine Wassertonne und mit der linken Schulter gegen ein eisernes Gerüst.

Nach dem Unfall war dem Kranken schlecht zu Mute und schwindlig, doch konnte er am folgenden Tage seine Arbeit wieder aufnehmen. Aus seinen eigenen, sowie auch aus den Angaben seiner Mitarbeiter kann man ersehen, daß seit dem Unfalle bei dem Patienten eine Umwandlung vor sich gegangen ist, die ihn schließlich dazu veranlaßt, sich in die Nervenklinik aufnehmen zu lassen.

Ob nun ein Trauma allein imstande ist, eine progressive Paralyse, welche Diagnose sich aus der nachfolgenden Krankengeschichte ergiebt, hervorzurufen, mag dahingestellt sein; jedenfalls entspricht es durchaus der wissenschaftlichen Erfahrung, daß eine Verletzung, besonders eine so schwere, eine gewissermaßen noch schlummernde progressive Paralyse zur vollen Entwicklung bringen und ihren Verlauf beschleunigen, dieselbe also indirekt hervorrufen kann.

Die erste Aufnahme des Patienten in die Klinik erfolgt am 26. II. 02 und ergiebt folgende Anamnese:

Wilhelm St., Maurer. Heredität unbekannt; ein Bruder ist angeblich geisteskrank. Potatorium und Lues werden negiert; 2 Mal Gonorrhoe, sonst war der Patient nie krank. Er erlitt im Juli 1900 den schon beschriebenen Unfall. Ob Patient nach dem Unfall bewußtlos war, ist nicht festzustellen. Der damals verletzte Arm ist andauernd schwächer. Der Kranke war nach dem Unfalle stets sehr reizbar und vergeßlich, zuweilen weinerlich gestimmt, arbeitete noch bis vor 14 Tagen.

Seit ungefähr einem Jahre leidet er nachts an Krämpfen und Kopfschmerzen. Den ersten Krampfanfall hatte er im Januar 1901. Der Kranke fühlte sich zunächst ganz wohl, klagte dann plötzlich, die Sprache ginge weg; er lallte. Nach 1 Stunde bekam er Zuckungen im ganzen Körper, der Schaum stand ihm vorm Munde; dieser Zustand währte circa $2^1/_2$ Stunden. Der Kranke war nachher verwirrt, konnte eine Stunde darauf gar nicht sprechen; dann wurde er sehr aufgeregt und schrie $^1/_2$ Stunde andauernd. Schließlich wurde Patient ruhig und geordnet, wußte aber nichts von dem Anfalle.

Ein zweiter, aber schwächer verlaufender Anfall stellte sich im Oktober 1901 ein. Spätere Anfälle sind nicht so genau beobachtet; bei einigen derselben, die ihn bei seiner Arbeit befallen haben, sei er plötzlich umgefallen; einmal habe er $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nicht sprechen können.

Über den Anfall, der ihn schließlich in die Klinik führt, erfahren wir von ihm und seiner Frau folgendes: Der Anfall befiel den Kranken am 23. II. 02. Es flimmerte ihm vor den Augen; dann bekam er einen „Ruck" und verlor das Bewußtsein. Als er zu sich kam, war die linke Hand gelähmt. Der Patient ist darauf allein nach Hause gegangen und sah, wie die Frau aussagt, schmutzig und unordentlich aus. Die linke Hand stand mit eingeschlagenem Daumen; Patient hatte kein Gefühl in derselben, auch konnte er mit derselben nichts fassen. Die Sprache war nicht gestört, doch klagte Patient über Doppeltsehen. Er konnte nichts recht machen, u. a. zog er sich verkehrt an. Nach dem Anfalle ist Patient sehr verwirrt; er findet sich nicht mehr zurecht und wird deswegen in die Nervenklinik aufgenommen. Gleich nach der Aufnahme wird St. sehr aufgeregt; er weint und schreit, er wolle nach Hause. Nachdem er ein Schlafmittel bekommen, ist er die erste Hälfte der Nacht ruhig. Dann springt er aus dem Bette, sagt, man solle ihn loslassen, er sei kein Mörder, er müsse seine Familie ernähren.

Status und Verlauf: Bei der am folgenden Morgen vorgenommenen Untersuchung ergiebt sich folgender Befund:

Der Kranke ist zeitlich und örtlich orientiert, weiß nur nicht, ob 1901 oder 02; auch seine Personalien gibt er richtig an. Leichte Rechenversuche mißlingen fast alle: $6 \times 7 = 42$, $16 + 19 = 29$, hat die zweite Zahl gleich vergessen. $17 + 18 = 27$, sagt, es sei richtig.

Auf die Frage, ob der Kopf schwach sei, antwortet er: ja; das Gedächtnis habe abgenommen, und er könne nicht mehr recht denken. Auf die Frage nach seiner gestrigen Aufregung, sagt er, er habe geglaubt, man wolle ihn

ermorden; er habe wegen Kopfschmerzen nicht schlafen können.

Weitere Fragen faßt der Kranke richtig auf, doch wird er leicht ärgerlich. Er hat einen stumpfen Gesichtsausdruck und klagt über ein Gefühl von Taubsein in den Fingerspitzen; im Übrigen befindet er sich in mittlerem Ernährungszustande.

Die Kopfmaße betragen: Umfang 60,5 cm, Längsdurchmesser 20,0 cm, Querdurchmesser 17,0 cm. Beide Stirnhöcker sind stark vorspringend. An der linken Stirnhälfte befindet sich eine kleine Narbe von unbekannter Herkunft.

Beide Pupillen sehr weit, rechts weiter als links. Ihre Reaktion auf Licht ist erloschen, auf Convergenz erhalten. Die Augenbewegungen sind frei. Beiderseits besteht Ptosis, außerdem ein an Nystag muserinnerndes Zittern beim Seitwärtsblicken. Die rechte Nasolabialfalte ist etwas verstrichen. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, ist belegt und zittert. Gaumen und Rachen sind ohne Besonderheiten. Patient hat deutliche artikulatorische Sprachstörung. Der Lungen- und Herzbefund ist normal, ebenso Leber und Milz.

Die Reflexe an den oberen Extremitäten sind auslösbar; das Kniephaenomen ist gesteigert, der Achillessehnenreflex ist lebhaft. Auslösbar sind ferner der Cremaster-, Abdominal- und Plantarreflex. Bei Druck auf den N. ulnaris verspürt der Kranke Kriebeln im kleinen Finger. Aktive und passive Bewegungen sind frei. Die grobe Kraft in den oberen Extremitäten beträgt: Rechts 78 kg, links 75 kg. Die Sensibilität ist ohne Störung. Der Urinbefund ist normal.

Während seines weiteren Aufenthaltes in der Klinik klagt Patient stets über Kopfschmerzen und Mattigkeit, er liegt ziemlich teilnahmlos dar. Zuweilen klagt er über Zucken und Schmerzen in den linken Extremitäten, sowie über zunehmende Gedächtnisschwäche; Sinnestäuschungen und Wahnideen scheinen jedoch nicht zu bestehen. Von den ihm vorgelegten Rechenaufgaben weiß er einige zu lösen, andere nicht. Bei der Unterhaltung läßt der Kranke erkennen, daß er über allgemeine Verhältnisse gut orientiert ist.

Am 22. V. 02 stellt sich des Abends ein Anfall ein. Patient wird schwindlig und muß sich hinsetzen. Zugleich treten Sprachstörungen ein, derart, daß St. einfache Gegenstände wie Uhr, Schlüssel u. a. sofort als solche erkennt und richtig bezeichnet, während er den ihm sonst geläufigen Namen des Arztes erst nach langem Mühen sagt; ebenso fehlt ihm das Wort für Portemonnaie.

Am folgenden Tage gibt Patient an, er erinnere sich aller Vorgänge; er wisse, daß der Arzt gekommen sei und ihm Gegenstände vorgehalten habe. Im übrigen ist der Zustand wie vor dem Anfalle. Der Kranke bleibt ruhig und ordentlich, ist nur auffällig stumpf und klagt über anfallweises Auftreten von Kraftlosigkeit im linken Arme; beim Aufsagen von Paradigmata bemerkt man deutliches Silbenstolpern. Der Patient bleibt von weiteren Anfällen verschont; sein Zustand bessert sich dermaßen, daß er am 5. VI. 02 als gebessert nach Hause entlassen werden kann.

Die zweite Aufnahme erfolgt am 7. VII. 02. Der Patient wird von seiner Frau gebracht, nachdem er einige Tage vorher einen Anfall gehabt hat, dessen Verlauf sich nach seiner Aussage, sowie nach der seiner Frau folgendermaßen gestaltet: Der Kranke hatte zunächst starke Kopfschmerzen; dann wurde die linke Seite gelähmt; er hat auch kleine Männer gesehen. Der Patient konnte nicht sprechen; er klagte über noch bestehende Schwäche sowie über Gefühlsstörung in den linken Extremitäten. Er war sehr verwirrt, hat Bilder gesehen und geglaubt, seine Frau habe ihn vergiften wollen. Zur Zeit der Aufnahme klagt Patient über Doppeltsehen.

Status und weiterer Verlauf: Der Kranke macht einen verwirrten Eindruck, kann die Glieder bewegen. Er ist zeitlich und örtlich orientiert; er erkennt den Arzt und bezeichnet Gegenstände richtig. Sein Gewicht beträgt 69 kg, die Temperatur 37,4. Es besteht beiderseits Ptosis, rechts mehr als links. Bei Augenbewegungen bleibt das rechte, obere Lid zurück. Der Kranke klagt, daß er beim Blick nach oben Flimmern und zuweilen auch Doppeltsehen

habe. Es besteht Exophthalmus, bei Bewegungen Nystagmus; die Endstellung nach außen wird nicht ganz erreicht. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, beide etwas über mittelweit; die Reaktion auf Licht ist erloschen, auf Convergenz erhalten. Der linke Mundwinkel hängt etwas, die Zunge kommt grade, ist belegt und zittert. Aktive Bewegungen werden links schlechter ausgeführt als rechts; die grobe Kraft der Hände beträgt r. 80 kg, l. 67 kg. Bei passiven Bewegungen bestehen leichte Spasmen.

Die Reflexe der oberen Extremitäten sind lebhaft; Abdominal-, Cremaster- und Plantarreflex sind erhalten. Achilles- und Kniephaenomen sind lebhaft, es besteht kein Patellar-, kein Fußklonus. Beim Verlassen des Bettes befällt den Kranken sofort ein Schwindelanfall; er kann nur, wenn er unterstützt wird, mit kleinen Schritten gehen. In die Hand gelegte Gegenstände erkennt Patient links bedeutend schlechter als rechts; Pinselberührungen fühlt er links gar nicht, Nadelstiche links weniger als rechts, wo im Übrigen eine leichte Hyperästhesie zu bestehen scheint. Ebenso werden passive Bewegungen links weniger gut erkannt als rechts.

Da der Kranke die stark gefüllte Blase nicht spontan entleeren kann, muß er katheterisiert werden. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

Am Abend des 9. VII. wird der Kranke aufs Neue von einem Anfalle befallen; er sagt, es werde ihm heiß im Kopfe. Dann bekommt er ein Zittern im ganzen Körper, besonders links, welches mehrere Minuten anhält. Sowohl während des Anfalles, wie auch nachher gibt der Patient geordnet Auskunft. Am folgenden Morgen liegt er, ohne zu sprechen, fast regungslos da; er reagiert weder auf Anrufen, noch auf Nadelstiche an den Extremitäten, wohl aber auf solche vom Septum narium aus. Die Cornealreflexe sind minimal. In beiden Musc. orbicularis oculi und in der Halsmuskulatur bemerkt man leichtes Zucken. Die Bulbi sind nach links gewandt, die Lider fast geschlossen. Die Beine hält Patient stark gestreckt; passiven Bewegungen

setzt er einen starken Widerstand entgegen, der bei mehrfachen Bewegungen abnimmt. Im linken Daumen und Zeigefinger sieht man Zuckungen, nicht synchron mit dem Pulse; dieser beträgt 108 und ist von mittlerer Spannung.

Mittags sagt der Kranke, er könne wieder sprechen, er habe vorher die Zunge nicht bewegen können.

In der folgenden Zeit ist der Patient ruhig und geordnet, klagt zuweilen über Kopfschmerzen und Ziehen, welches sich von der Stirn über das linke Auge nach dem Gesichte erstrecke, sowie über Zucken im linken Arm und Bein.

Am 22. IX. stellt sich wiederum ein Anfall ein. Der Kranke stürzt auf dem Closet plötzlich unter krampfartigen Schmerzen in der linken Körperhälfte zu Boden; bei dem Sturz zieht er sich eine stark blutende Kopfwunde zu. Kurze Zeit darauf will er ein eigentümlich taubes Gefühl in den Fingern der linken Hand gespürt haben, als ob dieselben eingeschlafen wären. Auch habe er Flimmern vor den Augen, kurz darauf unangenehme Geschmacksempfindungen, Übelkeit, Schwindel und Zuckungen in den linksseitigen Extremitäten empfunden. Sowie Patient am Boden liegt, Sistierung der Zuckungen. Während die Kopfverletzung verbunden wird, erfolgt ein erneuter, leichter, ohne Convulsionen verlaufender Anfall. Nachher ist St. sehr matt.

Die am 26. IX. vorgenommene Untersuchung des Patienten ergiebt folgenden Befund: Die rechte Pupille etwas weiter als die linke, beide mittelgroß. Die Bulbi sind protrahiert. Die Reaktion der Pupillen ist unverändert, Facialis ist intakt. Deutliche Sprachstörung bei Paradigmata, nasaler Beiklang sowie Wogen der Mundmuskulatur beim Sprechen ist zu konstatieren. Die Zunge kommt gerade. Die Reflexe der oberen Extremitäten sind lebhaft. Abdominal- und Cremasterreflex sind auslösbar. Bei Bestreichung der Fußsohlen erfolgt Plantarflexion. Knie- und Achillesphaenomen sind sehr lebhaft; es besteht beiderseits Fußklonus. In den Beinen bestehen leichte Spasmen. Der Gang ist

spastisch-paretisch, nicht ataktisch. Der Kranke zeigt deutlich das Romberg'sche Phaenomen.

Die rohe Kraft der Arme ist gering; seine Bewegungen der Hände sind unsicher. Die Sensibilität ist ohne gröbere Störungen; am rechten Bein besteht leichte Hyperästhesie.

Am Abend des 17. X. 02 nach dem Bade zeigt der Patient einen auffallend taumelnden Gang, sowie starke Benommenheit. Bis $12^1/_2$ Uhr spricht er garnicht. Am anderen Morgen sagt er, er habe wieder die heißen Gefühle gehabt, die in der linken Körperseite bis zum Kopf gestiegen seien. In der Stirne habe er Schmerzen gespürt, der Mund sei lahm geworden, er habe nicht mehr sprechen können. Was um ihn vorgegangen sei, wisse er alles. Allmählich sei das Gefühl von Lähmung und Schwäche wieder geschwunden.

Bei der vorgenommenen Untersuchung giebt der Kranke geordnet Auskunft; es besteht beiderseits Ptosis, rechts mehr als links. In die Hand gelegte Gegenstände erkennt er rechts gut, links erst nach langem Betasten. Zuweilen bezeichnet er dieselben zu groß. Gewichtsunterschiede werden beiderseits gut erkannt, ebenso Berührungen, während Nadelstiche rechts lebhafter empfunden werden. Beim Tasten mit dem linken Zeigefinger nach der Nasenspitze zeigt der Kranke Unsicherheit.

Die Reflexe sind nicht verändert. Aktive und passive Bewegungen der Extremitäten ohne Störung; die rohe Kraft ist gering. Der Gang ist unsicher, taumelnd; der Kranke hängt etwas nach links und schont das linke Bein.

In der folgenden Zeit treten gröbere Störungen nicht wieder auf. Der Kranke ermüdet leicht und klagt nur über zeitweilige Kopfschmerzen. Leichtere Rechenaufgaben löst er richtig. Gelegentlich äußert er, er sei nicht mehr so dösig im Kopfe wie im Sommer. Ohne daß sich indeß der obige Befund im Bezug auf Gang und Reflexe erheblich ändert, kann der Patient am 1. XII. als gebessert nach Hause entlassen werden.

Die dritte Aufnahme des Patienten erfolgt am 23. II. 03. Über die Zeit, die zwischen der zweiten Entlassung und der dritten Aufnahme liegt, giebt die Frau des Kranken folgendes an:

St. war von gleich an wieder leicht aufgeregt, fing gleich Streit an. In seiner Kleidung hielt er sich einigermaßen. Er litt oft an Schwindelanfällen und klagte oft, die linke Seite sei taub und schwach. Im ganzen war Patient sehr vergeßlich.

Er selbst behauptet, es sei ihm draußen ganz gut gegangen, eigentliche Anfälle habe er nicht gehabt.

Status und Verlauf: Der Kranke ist zeitlich und örtlich orientiert; er weiß, wie lange er draußen war. Seine Schulkenntnisse sind verhältnismäßig noch gut; er faßt Fragen richtig auf und sagt, er sei stets bei Verstand gewesen. Im linken Arm will er ein lahmes Gefühl haben.

Im Übrigen ist Patient ziemlich gut genährt; sein Gewicht beträgt 73 kg, die Größe 173 cm; die Temperatur beträgt 36,2. Es besteht beiderseits Exophthalmus. Beiderseits besteht Ptosis, rechts mehr als links; die Pupillen sind über mittelgroß, rechts mehr als links. Im dunklen Zimmer scheinen sie weiter. Ihre Reaktion auf Licht ist erloschen, auf Convergenz erhalten. Die Augenbewegungen sind frei.

Die rechte Nasolabialfalte ist flacher als die linke. Der Kranke spricht vorwiegend mit der linken Gesichtshälfte Die Zunge kommt gerade, zittert stark. Gaumen und Rachen sind frei. Die Sprache ist verwaschen, articulatorisch gestört und hat nasalen Beiklang. Beim Sprechen ist ein Wogen der Mundmuskulatur zu constatieren. Der Befund der inneren Organe ist normal, die Herztöne sind etwas dumpf. Aktive und passive Bewegungen der oberen Extremitäten frei; die ausgestreckten Hände zittern. Die Reflexe der oberen Extremitäten sind deutlich. Abdominal-Cremaster-Plantarreflex sind auslösbar. Knie- und Achillessehnenzuckung sind gesteigert; es besteht rechts Patellarklonus; beiderseits, besonders rechts Fußklonus.

Die Bewegungen der Beine sind frei, doch bestehen leichte Spasmen. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist erhöht, es besteht etwas vasomotorisches Nachröten.

Pinselberührungen am linken Arm, speciell an der Streckseite des Unterarmes werden zuweilen nicht verspürt, zuweilen lokalisiert er dieselben schlecht. Für Nadelstiche im ganzen das gleiche; es besteht eine gewisse Hyperalgesie. Bewegungen in den Fingergelenken werden links etwas schlechter wahrgenommen als rechts. Ebenso erkennt Patient in die Hand gelegte Gegenstände links schlechter als rechts. Berührung der Nasenspitze mit dem linken Zeigefinger gelingt, wenn auch etwas unsicher, ebenso gelingt der Kniehackenversuch. Bei Bewegungen der linken Hand sieht man in derselben Zuckungen, vor allem im Daumen. Das Romberg'sche Phaenomen ist vorhanden. Der Gang ist unsicher und steifbeinig.; das linke Bein wird geschont. Der Urinbefund ist normal.

Am Nachmittage des 5. III. macht Patient auf Zukkungen im linken Arme aufmerksam. Die Finger werden nach zahlreichen Zuckungen eingeschlagen, diese erstrecken sich zuweilen auf den ganzen Arm. Am Morgen des 6. III. klagt der Kranke, er habe nachts starke Schmerzen gehabt; um 11 Uhr habe der ganze Körper gezuckt. Es bestehen immer noch Zuckungen unregelmäßiger Art, die mit dem Pulse nicht synchron sind; sie sind hauptsächlich auf den linken Vorderarm incl. Hand localisiert, und zwar ist in erster Linie das Ulnarisgebiet befallen. Sensibilitätsstörungen sind nicht nachweisbar. Der Kranke ist bei Bewußtsein und giebt geordnet Auskunft; er gerät beim Gehen stark ins Schwanken.

Am folgenden Tage sind die Zuckungen fast ganz geschwunden.

Am 11. III. steht der Patient auf; die Bewegungen sind unsicher; das Verhalten der Reflexe ist unverändert; der Gang ist spastisch-paretisch. Bei stärkeren Bewegungen des linken Beines treten starke Mitbewegungen des linken Armes auf, besonders bei geschlossenen Augen. In den

Beinen sind Spasmen mäßigen Grades und Hypalgesie zu konstatieren. Am Morgen des 12. IV. bekommt Patient einen Anfall. Er schlägt mit Händen und Füßen um sich, dann erfolgen Zuckungen im ganzen Körper und Verdrehung der Augen. Nach Angabe des Pflegers wurde der Mund hin- und herbewegt.

Bei Erscheinen des Arztes liegt der Kranke mit geschlossenen Augen da und atmet laut und schnarchend. Auf Anrufen erfolgt keine Reaktion, ebensowenig auf Nadelstiche im perioculären Gebiet. Es besteht beiderseits deutlich Babinsky's Phaenomen; ebenso ist der Oppenheim'sche Reflex sehr deutlich auslösbar. Der Anfall dauerte $^1/_4$ Stunde. Auf Befragen giebt Patient an, er habe zuerst Flimmern vor den Augen bekommen, dann Schmerzen im linken, später auch im rechten Ellenbogen, schließlich Zuckungen im ganzen Körper. Er wisse alles, auch daß der Arzt dagewesen sei, er habe nur nicht sprechen können, weil ihm das Sprechen Schmerzen im Munde verursacht habe. Die Sprachstörungen sind verstärkt, doch besteht keine Aphasie. Die grobe Kraft ist links erheblich geringer als rechts.

Einige Zeit später klagt Patient nur noch über Zucken und ein Gefühl von Taubsein in der linken Körperhälfte, sonst ist keine Störung mehr zu bemerken. Am 15. V. ist der Zustand des Kranken wieder plötzlich verändert. Während dem neben ihm schlafenden Pfleger nichts aufgefallen ist, liegt Patient morgens sehr blaß da; er ißt nicht und spricht nicht. Bei der Visite hat er den Kopf nach links gedreht, ebenso die Augen, bald mehr, bald weniger. Ruft man ihn von rechts an, so wendet er Kopf und Augen noch mehr nach links. Auf lautes Anrufen sagt er: Was? oder: Mutter. Er sieht dann verwirrt um sich, sagt sowohl auf Fragen, wie auch spontan häufig: Mutter. Einige Male richtet er sich seufzend auf, schüttelt sich fröstelnd und sagt auf die Frage: Wie geht es? „gut.“ Vorgehaltene Gegenstände scheint er nicht zu sehen, er bezeichnet sie wenigstens nicht, sagt: „Wo?“ oder „Mutter.“ Auf Händeklatschen, Nähern eines Lichtes reagiert er nicht. Man kann den Finger bis an die Lider heranbringen, ohne daß eine Reaktion erfolgt.

Der Kranke faßt oft unter Stöhnen nach seinem Kopfe. Der rechte Mundwinkel hängt, die rechte Nasolabialfalte ist verstrichen. Der rechte Arm und das rechte Bein fallen schlaffer herab als die entsprechenden linken Extremitäten. Auf Nadelstiche scheint der Patient links lebhafter zu reagieren als rechts. Von Zuckungen ist bei diesem Anfalle nichts zu bemerken; einmal (9 Uhr) hört man Zähneknirschen.

Um 11½ Uhr scheint der Kranke noch nichts zu sehen; dicht an die Augen gehaltene Gegenstände beachtet er nicht. Er kann gehen, ist aber ängstlich und schwankt nach links. Fordert man ihn auf, etwas zu ergreifen, so fragt er: Wo? greift entweder garnicht hin oder in die Luft vorbei. Bei der Aufforderung: Geben Sie mir die Hand! sagt er: Wo? Er streckt seine Hand aus und als er dabei den Arm berührt, tastet er zur Hand hin und hält sie fest. Es wird ein Schlüssel in die Hand gelegt; er betastet denselben, legt ihn von der linken in die rechte Hand, sieht dabei nicht hin, sondern gerade aus; er erkennt denselben nicht; ebenso macht er es mit anderen Gegenständen.

Mittags sind Kopf und Augen des Patienten noch immer nach links gewandt. Auf Aufforderung führt er Augenbewegungen nach oben und unten ziemlich gut aus, nach rechts weniger gut.

Um 4 Uhr zeigt er öfteren Wechsel der Gesichtsfarbe; Patient ist zeitweise sehr blaß. Es besteht vereinzeltes Zucken im linken Arm und im Gesicht. Er gebraucht nur den rechten Arm. Die Sehstörung ist unverändert.

Gegen 6 Uhr spricht Patient laut vor sich hin und scheint heiterer Stimmung zu sein. Die ausgestreckte Zunge weicht nach links ab. Im übrigen ist der Zustand der gleiche.

Die Nacht hat Patient sehr unruhig geschlafen. Er hat viel vor sich hin gesprochen und zweimal versucht, das Bett zu verlassen. Morgens liegt er Kopf und Augen geradeaus gerichtet da, nur zuweilen erfolgt noch Drehung nach links. Man kann dem Patienten den Finger bis dicht vors Auge bringen, ohne daß er reagiert, ebenso ein Licht.

Bei der Aufforderung: „Geben Sie mir die Hand," greift Patient in die Luft, ohne daß ihm die Hand hingehalten wird. Ihm in die Hand gelegte Gegenstände kennt er nicht. Das Essen nimmt er, wenn man es ihm in die Hand giebt. Er gebraucht immer nur einzelne Worte, wiederholt dieselben vielfach und klebt an Worten, die ihm vorgesprochen werden. Der Gang ist noch sehr unsicher; der Kranke fällt immer nach links hinüber.

Abends: Status idem.

Am nächsten Morgen erfolgt wiederum ein Anfall. Patient ist erst blaß, dann rot im Gesicht. Zucken in beiden Daumen. Der Kranke läßt Urin unter sich. Puls 56. Auffallend ist, daß Patient, wenn man seinen Kopf berührt, heftig zusammenzuckt, als ob es sehr schmerzhaft wäre. Am folgenden Tage ist der Zustand unverändert.

Am 19. V. hat sich eine starke Speichelsecretion eingestellt, die am nächsten Tage wieder nachläßt.

Am 22. V. erkennt der Patient den Arzt; er weiß, daß er sich im Krankenhaus befindet. Die Frage, ob er etwas sehe, bejaht er; er weiß, daß heller Tag ist; er erkennt ihm in die Hand gelegte Gegenstände: Schlüssel, Geldstücke, Seife, Bürste u. a. beiderseits richtig, rechts besser als links. Kopf und Augen hat er meist nach links gewendet. Der ophthalmoskopische Befund ist negativ.

Am Abend des 3. VI. wird Patient sehr unruhig; er schreit laut und glaubt, man wolle ihn ermorden. Nach einer Morphiuminjection wird er ruhig; am folgenden Morgen klagt er über Kopfschmerzen. Seit dem 7. VI. kann der Kranke wieder sehen; er erkennt einzelne Personen aus seiner Umgebung, ebenso vorgehaltene Gegenstände. Die Sehschärfe beträgt beiderseits $^6/_{20}$ n. Snellen.

Am Mittag des 12. VI. wird der Kranke sehr unruhig; er will aus dem Bette. Zeitweise sieht er gar nichts, dann wieder besser, jedoch nicht so gut wie in den vorhergehenden Tagen. Wenn man ihm Gegenstände dicht vors Auge hält, so erkennt er sie nicht; erst in einer Entfernung von 20—25 cm erkennt er sie.

Wie Patient am 27. VI. nachts zum Kloset gehen will, bekommt er einen Schwindelanfall; er stürzt zu Boden und zieht sich hierbei eine leichte Verletzung an der Brust zu.

Die am 29. VI. vorgenommene Untersuchung ergiebt:

Beiderseits Ptosis, rechts mehr als links. Beiderseits Exophthalmus. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, beide über mittelgroß. Ihre Reaktion auf Licht ist erloschen, auf Convergenz erhalten. Die Augenbewegungen sind frei; Die rechte Nasolabialfalte verstrichen. Die Zunge kommt grade, zittert stark. Gaumen und Rachen sind frei. Es besteht deutlich articulatorische Sprachstörung mit nasalem Beiklang.

Die Reflexe der oberen Extremitäten sind beiderseits sehr lebhaft, links mehr als rechts. Bei Druck auf den N. ulnaris verspürt Patient Kriebeln in der Hand. Er klagt immer noch über Taubsein in der linken Hand. Die aktiven Bewegungen der Arme sind frei und ziemlich gleich; die grobe Kraft ist beiderseits mäßig, links geringer als rechts. Passive Bewegungen in den Fingergelenken werden beiderseits richtig erkannt, ebenso in die Hand gelegte Gegenstände. Im linken Arm spürt der Kranke Berührungen und Nadelstiche weniger deutlich als im rechten. Es ist der: Abdominalreflex links schwach, rechts erloschen, Cremasterreflex links schwach, rechts deutlich, Plantarreflex beiderseits deutlich. Knie- und Achillessehnenreflexe lebhaft. Beiderseits bestehen Andeutungen von Fußklonus.

An den oberen Extremitäten ist die Sensibilität ohne grobere Störung. Beim Kniehackenversuch zeigt Patient Unsicherheit; die Bewegungen mit dem linken Bein sind ziemlich unsicher und kraftlos; die grobe Kraft ist gering. In den Beinen bestehen keine Spasmen. Der Gang ist unsicher, steifbeinig, schwankend; der Kranke hat Neigung nach links zu fallen.

Er kann seine Personalien richtig angeben und ist zeitlich und örtlich orientirt. Leichte Rechenaufgaben löst er nicht mehr so gut wie früher. Er ist sehr dement, sieht

starr vor sich hin und macht einen schläfrigen, apathischen Eindruck.

Am 2. VII. fährt Patient plötzlich im Bette auf; er glaubt, es brenne sein Bett oder in der Ecke des Saales; er meint das Feuer deutlich zu sehen und ist nur mit Mühe zu beruhigen.

Am 10. VII. sieht er wieder schlechter, findet die vorgehaltene Hand nur nach langem Suchen. Vorgehaltene Gegenstände erkennt er auf 1—1½ m und weiter, greift aber, wenn er sie fassen soll, daran vorbei; er scheint z. Z. vorwiegend in der Orientierung im Raum gestört zu sein.

Am 23. VII. morgens schilt Patient sehr, er will nach Hause. Um ¾9 N. erfolgt ein Anfall. Der Kranke wird sehr cyanotisch, atmet schnarchend; der Puls ist klein, 84; das Gesicht ist nach rechts gedreht. Patient bewegt einige Male unruhig Arme und Beine; grobere Zuckungen sind nicht zu konstatieren; er bewegt schmatzend die Lippen und stößt eigentümliche Laute aus; das Babinsky'sche Phaenomen ist angedeutet. Nach kurzer Zeit fängt Patient an, sich unruhig hin und her zu werfen. Der Arzt wird erkannt; der Kranke sagt diesem, es sei ihm etwas schlecht gewesen. Er hat Urin unter sich gelassen, dessen Befund normal ist. Nach dem Anfalle ist ein Zungenbiß zu konstatieren.

Am 28. VII. sieht der Kranke eine Hand, die von links am Gesicht vorbeigeführt wird, erst dann, wenn sie in die rechte Hälfte des Gesichtsfeldes kommt, auch da nicht gut.

Am 30. VII. erfolgt ein erneuter Anfall, der sich von dem vorigen durch heftiges Zucken in Armen und Beinen, besonders links, auszeichnet; er dauert 20 Minuten. Nachher liegt der Kranke benommen da; auf Berühren reagiert er nicht, dagegen wohl auf Nadelstiche von der Nasenschleimhaut aus. Kopf und Augen sind links gewandt; die Atmung ist beschleunigt. Der rechte Arm ist im Ellenbogengelenk gebeugt; der Daumen ist gestreckt, die übrigen Finger sind eingeschlagen. Wenn man den rechten Arm erhebt, so fällt er schlaff nieder, während man im linken Arm Spannung

verspürt. Auch das rechte Bein fällt schlaffer als das linke. Patellarreflex und der Babinsky'sche Reflex sind beiderseits deutlich ; der Cremasterreflex ist erhalten, der Abdominalreflex ist links nicht so deutlich als rechts. In der rechten Gesichtshälfte, zuweilen auch in der rechten Hand bestehen Zuckungen. Mittags 12½ U. erfolgt ein zweiter Anfall, der in derselben Weise verläuft, aber nur 3 Minuten dauert; der Kranke läßt Urin unter sich.

Am folgenden Tage liegt er benommen da, der Kopf ist nach links gewandt. Auf Anrufen stößt Patient nur einzelne Töne aus, spricht garnicht und bewegt vorwiegend die linke Seite.

Am 3. VIII. ist er etwas freier, reagiert auf Anrufen, antwortet auf Fragen mit „ja" oder „nein," sieht aber nichts. Bei der Aufforderung, die Hand zu geben, tastet er mit der linken Hand umher; die rechte braucht er wenig. Er genießt etwas Milch, läßt Stuhl und Urin unter sich.

Am 8. VIII. liegt der Kranke somnolent da in Rückenlage; auf Aurufen reagiert er nicht, auf Nadelstiche nur von der Nasenschleimhaut aus. Der Cornealreflex ist erhalten, Puls klein, zuweilen aussetzend.

Am 10. VIII. liegt der Kranke in unveränderter Weise mit weit geöffnetem Munde da; er reagiert weder auf Anrufen noch auf Nadelstiche. Der Cornealreflex ist erloschen. Die passiv erhobenen Gliedmaßen fallen schlaff nieder; der Puls ist kaum fühlbar, es besteht Cheine-Stocke'sches Atmungsphänomen.

Am 11. VIII. Morgens 7 Uhr exitus letalis.

Die am gleichen Tage vorgenommene Sektion liefert folgenden Befund:

Gehirn: Gewicht 1700 gr. Die Kopfschwarte ist außerordentlich stark entwickelt; das Schädeldach ist ohne Besonderheiten. Die Hirnhäute sind durch starkes Oedem abgehoben. Die Pia mater ist stark getrübt. Sonstiger Befund normal.

Brust und Bauch: Zahlreiche Ekchymosen der Pleura, vielfache Blutungen der l. Lunge. Starke Hyperämie, Oedem

und starkes Emphysem der Lungen. Trübung des fettdurchwachsenen Herzens. Fettige Fleckung oberhalb der Aortenklappen, in der absteigenden Aorta und in der Pulmonalarterie. Vollständige Verdauung der Speiseröhre dicht oberhalb der Cardia und Einbruch von Magensaft in die linke Pleurahöhle, daher Anätzung der linken Pleura; endlich Blutungen und Epithelverlust im unteren Teile der Speiseröhre. Die Luftwege sind stark gerötet; es besteht mäßige Stauungsleber mit großen Randatrophien. Die Nieren sind getrübt und induriert; die Milz ist zähe und nicht vergrößert. Der Dünndarm ist eng contrahiert. Es besteht chronischer Dickdarmkatarrh mit Blutungen ins Rectum. Das Pankreas ist klein und atrophisch. Im Colon transversum finden sich 2 gerötete und geschwollene Herde. Es besteht mäßige Prostatahypertrophie mit kleinen Cysten, geringe Induration der Samenbläschen, Hyperämie, Ekchymosen und kleine geschwollene Follikel in der Ureteren-Schleimhaut.

Wie schon eingangs erwähnt, ist der beschriebene Fall zunächst durch die paralytischen Anfälle interessant, die unseren Patienten wiederholt in allen Stadien der Krankheit befallen haben. Schon ein Jahr vorher, ehe die Krankheit soweit fortgeschritten war, daß der Patient sich in die Klinik aufnehmen lassen mußte, stellte sich der erste Anfall ein; ja, es ist sehr wohl denkbar, daß ein bereits früherer Anfall leichterer Art dem Patienten garnicht als solcher zum Bewußtsein gekommen ist, wie es ja bei der progressiven Paralyse überhaupt sehr häufig vorkommt, daß leichte paralytische Anfälle in sehr frühen Stadien der Krankheit auftreten, weswegen sie bei der Diagnose auch so ungeheuer ins Gewicht fallen, um so mehr, wenn sie von dem betr. Patienten angegeben werden. Die Anfälle zeichnen sich dadurch aus, daß sie keinen einheitlichen Verlauf haben, sondern sich sehr verschieden ausnehmen. Dieselben nun in mehrere Arten zu trennen und jede Art mit einem besonderen Namen zu belegen, wie z. B. Anbanel (Annal. méd. psych. 1846 p. 189) vorgeschlagen hat, 8 verschiedene Formen streng von einander zu unterscheiden, während

Marcé nur sechs Formen kennt, wird schwerlich immer durchführbar und in unserem Falle unmöglich sein, denn die vorhin beschriebenen Anfälle halten sich nicht an bestimmte Regeln, vielmehr bietet jeder von ihnen einen verschiedenen Symptomcomplex dar. So sehen wir z. B. im Verlauf des einen Anfalles Bewußtseinsstörungen auftreten, während sich ein anderer dadurch auszeichnet, daß eine ganze Körperhälfte von klonischen Zuckungen befallen ist, und der Patient während des Anfalles und auch nachher geordnet Auskunft giebt. Ebenso treten bei dem einen Anfalle nervöse Störungen, seien es nun Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen in den Vordergrund, während man bei anderen Anfällen eine Erscheinung beobachtet, welche Prévost als „Déviation conjugée" bezeichnet, und darin besteht, daß Kopf und Augen des Patienten krampfhaft nach einer bestimmten Seite gerichtet sind.

Vor allem interessant wird der Fall aber durch die eigentümlichen Sehstörungen, die sich bei unserem Patienten zeitweise nachweisen lassen. Die Störungen sind um so auffallender, als die mehrfach vorgenommene ophthalmoskopische Untersuchung stets einen negativen Befund lieferte, und wir sind wohl berechtigt, diese Erscheinungen, die in dem Verluste der Wahrnehmung und des Verständnisses für Gesichtsbilder bei erhaltenem Sehvermögen und Verstand bestehen, mit denjenigen auf eine Stufe zu stellen, die Munk unter dem Namen Seelenblindheit zusammengefaßt hat.

Als erster hat über derartige Erscheinungen bei Paralytikern Fürstner berichtet. In dem von ihm zuerst mitgeteilten Falle handelt es sich um einen Droschkenkutscher, bei dem die Störungen lange Zeit bestehen blieben, sich aber nur auf ein Auge erstreckten, während der Patient mit dem linken Auge vorgehaltene Gegenstände erkannte und richtig bezeichnete. Bei der späteren Obduktion des von F. beschriebenen Falles fanden sich außer dem bei der Paralyse gewöhnlichen Befunde der Hirnhäute „zwei kaum erbsengroße Herde im vorderen, oberen Teile beider Thalami, und zwei ausgedehnte, symmetrisch gelegene in den

beiden Hinterlappen.“ Da die in den Thalami gelegenen Herde sehr klein sind, so ist es nicht wahrscheinlich, daß diese die immerhin doch hochgradige Sehstörung bedingt haben, vielmehr wird sie ihren Grund in den beiden Erweichungsherden in den Hinterhauptslappen gehabt haben, welche Annahme auch den Anschauungen Munks entspricht, der seine Ansicht auf Tierversuche stützt. Auch bei weiteren, von F. beschriebenen Fällen von Sehstörungen bei Paralytikern sind dieselben nur einseitig (cfr. Archiv für Psychiatrie Bd. 8, S. 162 ff.). F. weist wohl mit Recht die Vermutung zurück, es könne die Sehstörung durch die bei Paralytikern bestehende Demenz bedingt sein; könne man doch beobachten, daß die Sehstörung häufig zurückgehe, ja völlig schwinde, während man gleichzeitig ein immer tieferes Sinken der Intelligenz konstatieren könne.

Einen weiteren Fall von Seelenblindheit bei Paralytikern teilt mit. (Lépine, Sur un cas particulier de cécitée psychique. Défaut de reconnaissance de certains objets. Apraxie sans Aphasie. Revue de Médecine, Juni p. 452). Ich lasse hier das Referat über den Fall, wie es sich im Archiv für Neurologie und Psychiatrie (Bd. I, 1847) findet, folgen:

„Es handelt sich um einen 33jährigen Paralytiker, der die Erscheinungen eines unregelmäßig (besonders l.) eingeschränkten Gesichtsfeldes bei Sehschärfe von 1/3 darbietet. P. kann die ihm vorgehaltenen Gegenstände schlecht fixieren, sieht für gewöhnlich grade aus und findet nur mit Mühe die ihm bezeichneten Dinge, sieht aber central gut; der Farbensinn ist ungestört. Gegenstände, mit denen er vor seiner Erkrankung viel zu thun hatte, erkennt er sofort, bei anderen zögert er, bezw. erkennt sie garnicht. Berührt er die Gegenstände, so verhilft ihm dies vielfach, aber nicht immer, dazu, sie wiederzuerkennen, sodaß demnach ein gewisser Grad von Asymbolismus besteht. V. hält den Fall deshalb für besonders interessant, weil bei gutem centralen Sehen und erhaltenem Farbensinn visuelle Erinnerungsbilder verloren gegangen waren, und der Kranke absolut

unfähig war, zu zeichnen oder eine Zeichnung zu copieren, während die Schrift vollkommen ungestört war.“

Die bei unserem Patienten zu wiederholten Malen konstatierten Sehstörungen, die die von Anderen berichteten zum Teil an Stärke übertreffen, zeigen keinen einheitlichen Verlauf, vielmehr sind dieselben teils schwererer, teils leichterer Art. Während es sich in einem Falle von derartigen Störungen bei unserem Patienten nur um einen Defect der einen Hälfte des Gesichtsfeldes, also um eine Art Hemianopsie handelt, beobachten wir in anderen Fällen einen vollkommenen Verlust der Wahrnehmung und des Verständnisses für die Gesichtsbilder vorgehaltener Gegenstände, ohne daß eine Bewußtseinsstörung vorliegt, also eine wahre Seelenblindheit. Es ist dabei sogar die Erweckung von optischen Vorstellungen durch spezifische Reize von anderen Sinnesgebieten aus erloschen, sodaß Patient auch bei Berührung die betr. Gegenstände, z. B. einen ihm in die Hand gelegten Schlüssel nicht erkennt. Auch aus diesem Grunde können wir die bei unserem Patienten zu verschiedenen Zeiten festgestellten Erscheinungen von Seelenblindheit als sehr hochgradige bezeichnen, wie sie m. E. bei Paralytikern nicht allzuhäufig beobachtet oder wenigstens beschrieben sind.

Ich möchte nicht unerwähnt lassen, daß ähnliche Sehstörungen auch bei anderen Krankheiten vorkommen können; ja, es hat Wilbrand über „zwei Fälle von Seelenblindheit bei erhaltener Intelligenz“ ausführliche, interessante Mitteilungen gemacht. Bei den betr. Patienten waren anderweitige krankhafte Veränderungen des Organismus überhaupt nicht vorhanden.

Lebenslauf.

Ich, Conrad Rost, geboren am 12. Juni 1878 zu Schüttorf, evangelischer Confession, besuchte zuerst die Elementarschule in meinem Heimatsort, dann das Königl. Gymnasium zu Burgsteinfurt, welches ich Herbst 1898 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Darauf wandte ich mich dem Studium der Medicin in Leipzig zu, wo ich auch meine Vorprüfung ablegte. Ich ging dann auf ein Semester nach Freiburg i. B., um darauf wieder nach Leipzig zurückzukehren. Ostern 1902 bezog ich dann die Universität Kiel, wo ich am 29. August 1903 die ärztliche Staats-Prüfung bestand.